

Université d'Alger I
Faculté de Médecine

La relation médecin malade

Dr S LAIMOUCHE
Maitre-assistante
Service de médecine légale
Centre hospitalo-universitaire Alger Centre Mustapha Bacha

- **La relation médecin-malade est une relation faite d'attente et d'espérances mutuelles,**

- **pour le malade : le soulagement et si possible la guérison,**

- **et pour le médecin : une reconnaissance de la part de son malade, et une vérification de son pouvoir soignant,**

- **elle est basée sur deux maitre mots : information et consentement**

La relation médecin- malade engendre une dépendance bilatérale :

1. **La dépendance du malade :**

- **Le médecin est un personnage puissant, son prestige et son autorité sécurisent mais aussi inquiètent**

- **Le pouvoir du médecin est lié à ses connaissances médicales, à l'utilisation du jargon médical, à sa capacité de délivrer des certificats, à sa connaissance de la vie privée du patient, à son intimité ……**

- **Le malade se sent souvent en position d'infériorité**

2. La dépendance du médecin :

- Le malade est source de bénéfices : il est le bienvenu mais l'oblige à supporter des exigences ressenties parfois comme pénibles
- Source de satisfactions professionnelles ou de frustrations

Les demandes du malade peuvent être :

- Explicites : compétences techniques
- Implicites : l'écoute, d'être disponible qui font appel aux qualités humaines du médecin

Cette relation peut être qualifiée :

❑ D'inégale :

- le point de départ est une demande d'un sujet souffrant,
- adressée à un sujet disposant d'un savoir,
- dont l'objet est le corps humain et passe souvent par la parole (qui peut être source de malentendus et d'incompréhension)

❑ D'idéalisation :

- le médecin idéal pour le patient : médecin à hauteur de ses multiples espérances ;
- le malade idéal pour le médecin : celui qui permettra au mieux de satisfaire sa vocation.

- **Dans l'antiquité, la relation médecin malade était qualifiée de relation hippocratique :**
  - **le malade est quelqu'un de soumis, d'obéissant qui remet toute sa confiance entre les mains du médecin ;**
  - **le médecin qui agit toujours pour le bien du malade, ordonne des soins pour son bien que le malade suit à la lettre**

- **Aujourd'hui, la médecine a évolué vers une relation davantage contractuelle,**
  - **d'un côté un professionnel de soins et**
  - **de l'autre un patient qui vient avec une demande**
  - **où un contrat autour des soins est établi avec un patient actif, détenteur d'une part de l'information médicale**

Les caractéristiques générales de la relation médecin-malade

a. Les données classiques :

- Avec ses symptômes, le malade demande au médecin de le guérir, mais également, il demande soutien, réassurance, sécurité et affection
- Il demande donc à son médecin, une véritable relation affective et une disponibilité, compatible avec l'exigence de neutralité qui incombe au médecin
- C'est une relation fondée sur l'inégalité et l'asymétrie, puisque la demande du patient le rend passif et dépendant et sa souffrance le mobilise et le diminue
- C'est une relation de confiance, non égalitaire

b. L'apport du modèle psychanalytique :

La théorie psychanalytique a défini :

- **Le concept de transfert : réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le patient à l'égard de son médecin**
- **Le concept de contre transfert : les réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le médecin vis-à-vis de son malade,**

  Il est directement lié à la personnalité et à l'histoire personnelle du médecin
- **Un contre transfert positif engendra une relation médecin malade de qualité, Caractérisée par l'empathie du médecin et une action thérapeutique efficace**

  (le médecin s'identifie au patient, comprend sa situation tout en étant capable de garder une certaine distance vis à vis de lui, distance requise par l'objectivité nécessaire à la prise des décisions thérapeutiques)

- **Un contre transfert excessivement positif, risque de conduire à une identification massive au malade et/ou à une perte d'objectivité dans les soins**
- **Un contre transfert négatif induisant l'agressivité et des frustrations excessives du malade peut être à l'origine d'échec de la relation thérapeutique,**
- **Il en est de même pour une absence de contre transfert qui peut conduire à une froideur excessive**

c. Les données récentes :

- **La relation médecin malade est en pleine mutation**
- **La mise en avant des droits de l'individu, on tend à faire évoluer la relation médecin malade d'un modèle paternaliste vers un modèle d'autonomie, se traduisant par les nouvelles obligations liées à l'information et au consentement éclairé du patient**

Les modèles de la relation médecin malade

Le modèle « PATERNALISTE »

- Le plus ancien,
- Présente de nombreuses anomalies
- Ne devrait plus trouver écho aujourd'hui
- Le malade- objet est écarté de la décision médicale, et de ce fait n'aurait pas besoin d'une information poussée sur les enjeux qui le concernent
- Cette situation crée une échelle de valeur délétère entre le soignant et le soigné qui se trouve placé en situation dépendance
- Cette situation est souvent générée par une double attitude, celle autoritaire du médecin, l'autre passive et demandeuse du malade

Le modèle « AUTORITARISTE »

- Effraction permanente de la sphère privée du patient
- Est essentiellement le fait des structures d'hospitalisation
- Est souvent partagé par l'ensemble du personnel
- Ex : entrée brutale dans une chambre, utiliser le 3ème pronom personnel, le désignant par le nom de sa maladie
- Ces pratiques ne devraient plus avoir court

Le modèle « SCIENTIFIQUE »

- Dérive du précédent
- Le médecin écarte tous les éléments d'ordre psychologique pour ne retenir que les éléments objectifs de la maladie : l'objet scientifique de l'étude
- L'approche scientifique peut être garante de la qualité des soins et de la technicité dont la maladie a besoin, mais insuffisante à apporter le soulagement et la satisfaction espérée par le malade
- Dans les meilleurs cas, le malade sera impressionné par les qualités techniques du médecin, mais restera déçu par une relation humaine à sens unique et ressentira un sentiment de rejet, voire d'abandon
- Dans les autres cas, il ne reviendra pas, ou pire envisagera une issue judiciaire
- Propre de la déshumanisation

Le modèle « AUTONOME

- Se situe à l’extrême inverse du précédent
- Il s’agit d’une forme inverse d’autoritarisme : celle du patient
- L’indépendance médicale équilibre le libre arbitre du malade
- L’information et le consentement sont des éléments incontournables mais insuffisants, et exposent à une relation sans échange, donc à l’échec

Le modèle « AMERICAIN» judiciaire

- Issu du précédent
- Transparence absolue, contrats formalisés, relation encadrée et judiciarisée
- Ces principes ont pour effet de détruire la relation médecin malade en la réduisant au rang d'avis technique et réduisant le soin médical en un objet de consommation
- Besoin du médecin américain de protéger leurs intérêts face à la croissance des recours judiciaires

Le modèle « EMPATHIQUE »

- Représente le juste milieu, idéal pour une relation fructueuse et profitable au malade

- Chaque place est définie : celle du médecin, sachant et technicien, celle du malade, souffrant et demandeur, tous intervenants à parts égales dans la construction d’une thérapeutique efficace et adaptée

- Conforme aux données éthiques, déontologiques et juridiques en vigueur

Le modèle « AFFECTIF » ou SYMPATHIQUE

- Correspond à la dérive du modèle précédent
- Limite étroite entre l'empathie et affectivité

Les évolutions possibles et les contraintes de la relation médecin malade

a. La relation habituelle « normale »

- Grande majorité des cas
- Le malade demande un avis, le médecin le lui donne et remplit sa mission thérapeutique en parfaite entente avec le malade

b. La relation « anormale »

- Echec simple de la relation qui va conduire le malade à changer de médecin
- Echec conflictuel qui va engendrer un contentieux humain, simple mais toujours mal vécu par le malade et le médecin ; un contentieux judiciaire, lourds pour les deux parties